

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

205

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean TRÉMOLIÈRES

Né le 5 décembre 1913, à Paris
Interne des Hôpitaux de Paris

LES ICTÈRES

DE LA

LITHIASSE DU CYSTIQUE

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean TRÉMOLIÈRES

Né le 5 décembre 1913, à Paris
Interne des Hôpitaux de Paris

LES ICTÈRES
DE LA
LITHIASSE DU CYSTIQUE

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	N...
	LAIGNEL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	N...
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	N...
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD....Parasitologie.
 GARCIN.....Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD.....Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.



III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE, LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En reconnaissance de l'affection avec
laquelle il m'a toujours guidé et soutenu.*

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOËL FIESSINGER

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de reconnaissance pour
la bonté délicate dont il m'a toujours en-
touré.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE PROFESSEUR LENORMANT
M. LE DOCTEUR CHEVRIER
M. LE DOCTEUR OBERLIN
M. LE PROFESSEUR O. CROUZON (*in memoriam*)
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SÉZARY
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOLLARET
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. LAROCHE
M. LE PROFESSEUR TROISIÈRE
M. LE PROFESSEUR H. BÉNARD
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. LEMAIRE



LES ICTÈRES DE LA LITHIASSE DU CYSTIQUE

INTRODUCTION

La place qu'occupe la lithiasse du cystique dans le grand tableau de la lithiasse biliaire est petite. Petite dans les traités, encore plus petite dans la clinique courante. Ses formes douloureuses ou fébriles sont en général étiquetées cholécystites calculeuses, ses formes ictériques, calculs du cholédoque.

Le Professeur N. FIESSINGER insista le premier et sur la possibilité, et sur l'intérêt du diagnostic de ses formes ictériques. Il montra que, pour certains ictères par rétention, il était possible de dire au chirurgien la situation probablement cystique du calcul, donc l'inutilité d'une intervention sur les grandes voies, la seule exploration de contrôle étant suffisante. L'on sait l'intérêt de tels renseignements en chirurgie biliaire.

Or ce diagnostic d'ictère par calcul du cystique n'a pas été jusqu'ici beaucoup envisagé. Dans la littérature, les cas dans lesquels il a été posé avant l'intervention sont exceptionnels. En général, les malades sont opérés avec le diagnostic de calcul du cholé-

doque, ou de cholécystite calculeuse, et c'est uniquement le compte rendu opératoire qui mentionne la rectification. La distinction classique entre ce qui appartient aux grandes voies et ce qui appartient aux petites, justifiée à beaucoup de points de vue, ne fait pas sa place au cystique. Cela explique la rareté des documents complets. Nous serons donc obligés de donner une description clinique sur un nombre de cas restreints (18 observations), mais suffisants cependant pour montrer et la possibilité et l'intérêt d'un tel diagnostic. Nous espérons que d'autres cas viendront préciser et consolider le tableau que nous entraçons après le Professeur N. FIESSINGER.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Jusqu'à maintenant, ce n'est guère des ictères qui peuvent l'accompagner que le calcul du cystique a tiré son intérêt. On le connut d'abord comme une des causes des coliques hépatiques. Celles qui ne s'accompagnent pas de migration calculeuse, et que le Professeur CHAUFFARD rattachait au tableau de la colique vésiculaire. Puis ce furent les distensions vésiculaires qu'il entraîne parfois qui attirèrent à nouveau l'attention sur lui. Les hydrocholécystes, comme les appelle LECÈNE, l'hydropisie vésiculaire de GOSSET, les mégacholécystes du Professeur VILLARD, s'appliquent à la même manifestation de la lithiase du cystique, la forme à grosse vésicule apyrétique.

La forme ictérique est beaucoup moins connue encore. C'est le Professeur N. FIESSINGER qui le premier l'individualisa nettement (1), d'après ses observations personnelles. Les traités classiques n'en parlent pas, que ce soit le livre du Professeur CHAUFFARD sur la lithiase biliaire, ou l'article de GARNIER et

1. La lithiase du cystique. *Journal des Praticiens*, 12 déc. 1931, Conférence à la Société médicale de Caen, 10 mai 1931.

PRIEUR dans le *Nouveau Traité de Médecine*. H. EPPINGER (*das Leberkrankheiten*) ne le mentionne qu'en quelques lignes à propos des ictères des cholécystites lithiasiques. Les traités plus récents, le livre de CHIRAY et PAVEL sur la vésicule biliaire, et l'article de WALTER dans l'*E. M. C.* ne font que reproduire la description première du Professeur N. FIESSINGER.

Cependant, si la forme ictérique de la lithiasie du cystique n'avait pas été individualisée, elle n'était pas passée inaperçue. Un des trois premiers cas de cathétérisme des voies biliaires fut pratiqué pour un calcul du cystique avec subictère en 1888 par KRONLEIN. Dans sa thèse de Paris en 1901, sous l'inspiration de SCHWARTZ, JACOMET cite deux observations d'ictère où l'intervention révèle un calcul du cystique. Il ne s'y attache pas. C'est le Professeur VILLARD, de Lyon, qui en fit l'étude la plus complète. En 1924, avec son élève DAMAS, dans sa thèse sur les calculs muriformes du cystique, et dans un article du *Lyon Médical* (1928) il individualise après la forme douloureuse, après la forme à grosse vésicule intermittente, une forme ictérique. Il en rapporte trois observations. Il ne croit du reste ni à la possibilité, ni à l'intérêt du diagnostic, pensant que cet ictère est dû à la migration du calcul dans le cholédoque.

Aucun de ces auteurs ne dégage donc l'intérêt que soulèvent ces ictères.

Quel est-il donc ? En voici les points principaux.

Ils sont essentiellement justiciables du traitement chirurgical, et ceci pour plusieurs raisons.

Le traitement médical est dangereux. Qu'il s'agisse de tubages duodénaux ou de cures hydro-minérales, il risque de faire migrer le calcul du cystique dans le cholédoque, transformant une affection relativement bénigne en une beaucoup plus redoutable.

Ces ictères s'accompagnent souvent d'une infection vésiculaire très latente, mais pouvant se réveiller à n'importe quel moment, provoquant une cholécystite aiguë suppurée très grave. Enfin, le traitement médical serait le plus souvent inefficace.

Les confondre avec les ictères du calcul du cholédoque, c'est confondre deux affections de pronostic très différent. Les statistiques d'intervention sur les petites voies donnent une mortalité moyenne de 2 à 3 %, celles sur les grandes voies donnent : 14 % pour GOSSET, 36,3 % pour FINSTERER, 32 % pour FRIEDRICH.

Enfin, l'on sait les difficultés pour le chirurgien à localiser les calculs. Et, si une exploration systématique des voies biliaires s'impose toujours, il ne peut négliger aucun renseignement sur leur siège éventuel. L'on sait combien la cholécystographie est loin de donner des résultats parfaits. Voici quelques chiffres : sur 43 cas, COSMAN trouve 17 fois le calcul par la radiologie. Dans 27 autres cas, c'est une découverte d'intervention. CARMAN, sur 50 cas, en a 18 où la radio n'a pas montré les calculs trouvés à l'intervention. « L'expérience de la chirurgie biliaire montre que l'exploration est très difficile. Aussi bien par le palper que le cathéter en main, cette exploration est

« le temps le moins satisfaisant des interventions sur les voies biliaires » (1). On ne saurait donc négliger l'apport de la clinique, même si dans certains cas il doit être fragile. D'autant plus qu'il s'agit assez souvent d'une microlithiase du cystique, de calculs gros comme des lentilles. Il est précieux d'être prévenu de leur possibilité pour mieux les rechercher.

1. DESPLAS, MOULONGUET, MALGRAS, *L'angiocholégographie post-opératoire*, 1932.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Certes, les ictères du calcul du cystique ne peuvent prétendre à une grande fréquence. La localisation des calculs dans le cystique est elle-même assez rare.

BLALOCK (1), dans une statistique portant sur 599 interventions, ayant révélé un calcul des voies biliaires, trouve : 460 cas de lithiase des petites voies, parmi lesquels il y a 43 % de lithiase vésiculaire et cystique associée, et 6 % de lithiase cystique pure.

Dans 222 cas de lithiase biliaire, PRIBRAM (2) signale 37 cas avec calcul du cystique, soit 17 %.

La statistique de KELLY citée dans l'E. M. C., sur la localisation des calculs biliaires, donne 6,6 % pour la lithiase vésiculaire et cystique associée, et 6 % pour les calculs isolés du cystique.

Les chiffres sont d'une concordance satisfaisante. D'autre part, il semble bien que beaucoup de statistiques chirurgicales négligent la localisation cystique des calculs. C'est ainsi que dans une statique portant

1. A Clinical study of biliary tract disease. A BLALOCK, *The J. of the Am. Med. Ass.*, 27 déc. 1924.

2. PRIBRAM, *Medizinische Klinik.*, 3 août 1928.

sur 12.000 cas KRÖGIUS, au Congrès des Chirurgiens nordiques, ne mentionne pas de calcul du cystique. MIRIZI (1) n'en parle pas après étude de 200 cas. L'explication est probablement dans le fait que chirurgicalement parlant, une lithiase du cystique se comporte comme une lithiase vésiculaire.

Maintenant, parmi ces cas de lithiase du cystique, combien s'accompagnent-d'ictère ?

Nous avons deux éléments pour résoudre la question.

La seule statistique est celle du Professeur N. FIESSINGER (2). Sur 293 observations de lithiase biliaire confirmée, il trouve 15 calculs du cholédoque, et 39 calculs du cystique avec ictère, soit : 13 %, comptant dans ces cas la lithiase isolée du cystique et celle associée à la lithiase vésiculaire.

D'autre part, nous avons les observations relevées dans la littérature. Leur nombre relativement peu élevé ne correspond probablement pas à la réalité. Les observations publiées l'ont toujours été dans un autre but que celui d'attirer l'attention sur l'ictère ou la localisation cystique du calcul. De nombreux cas n'ont donc pu être retenus, faute d'un compte rendu opératoire ou d'une étude clinique suffisants. Nous avons groupé 18 observations, 6 viennent au service du Professeur N. FIESSINGER : 1 nous a été communiquée par le Professeur LOEPER, 3 de la thèse de

1. Mém. Académie de Chirurgie, 3 mai 1933 et 1939.

2. Leçon de la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, 4 janvier 1941.

DAMAS, 2 de celle de CAROLI, 1 de celle de JACOMET, 5 viennent de la littérature étrangère.

Sur 15 observations, il s'agissait 12 fois de femmes de 27 à 46 ans et trois d'hommes au voisinage de la soixantaine. Nous retrouvons donc à peu près les proportions de la lithiase biliaire en général.

CHAPITRE III

ANATOMIE

Le canal cystique, reliant la vésicule au cholédoque, fait partie des éléments du pédicule hépatique, à la face antérieure duquel il se trouve. Il a une longueur variant de 3 à 5 cm. (VIRENQUE).

Anatomiquement, il est très nettement délimité. Vers la vésicule, par le sillon qui le sépare du bassinet. De l'autre côté, par son abouchement dans le cholédoque. Encore faut-il bien distinguer sa terminaison apparente où il se fusionne à l'hépatique, de sa terminaison réelle qui est 1 à 2 cm. plus bas. Il chemine donc en décrivant une concavité inféro-externe, oblique en bas, à gauche et en arrière, se rapprochant, s'accolant, puis se fusionnant à l'hépatique.

Sa forme extérieure est très irrégulière. On le compare à un sablier, à cause d'un rétrécissement siégeant plus ou moins en son milieu. Avant sa terminaison réelle, il présente une petite dilatation. Son diamètre moyen est de 3 à 4 mm.

Sa configuration intérieure comprend une moitié supérieure, criblée de petites cryptes glandulaires, portant de nombreuses valvules (dites de HEISTER) qui

représentent les restes de la valvule spirale qui chez l'embryon humain est continue, mais qui se segmente et s'atrophie en s'allongeant. Le segment inférieur est presque lisse. L'existence de ces nombreuses valvules explique la formation de petites logettes où s'encastrent les microlithes du cystique.

Les nerfs, en continuité avec ceux de la vésicule et du cholédoque viennent du plexus hépatique postérieur, ils forment un réseau de mailles avec cellules mono et multipolaires.

Histologiquement, comme la vésicule, il comporte 5 couches : muqueuse, musculuse, fibreuse, sous-séreuse et séreuse. Deux particularités à noter :

1^o Dans sa portion terminale, il n'y a presque pas de fibres musculaires ;

2^o Dans cette même portion, il y a un grand nombre de glandes muqueuses semblables à celles qui se développent dans la vésicule en cas de cholécystite.

PHYSIOLOGIE

Elle est étroitement dépendante de celle de la vésicule et du cholédoque. Rappelons que, d'après les études de MALLET GUY et PONTIUS sur le chien et celles sur la dynamique vésiculaire par les cholécystographies, la vésicule se comporte comme un réservoir contractile, doué d'un pouvoir d'absorption et de sécrétion.

Le réservoir lui-même fonctionne en deux phases :

1° Une phase passive, lorsqu'après la digestion duodénale le sphincter d'Oddi reste fermé. Il y a reflux biliaire vers la vésicule. C'est pendant cette phase que l'épithélium vésiculaire va concentrer son contenu dans des proportions variables, allant parfois jusqu'à 10 fois la concentration initiale ;

2° Une phase active, dans laquelle se déclanche d'une façon synchrone la dilatation du sphincter d'Oddi et la contraction des voies biliaires. « La contraction part du fond de la vésicule gonflée en poire, et aboutit à une contraction annulaire qui détermine une biloculation fonctionnelle, isolant la région fundique. De cet anneau partent des trains d'ondes puissantes qui balaient le bassinet et assurent le passage des bouchées à travers le défilé étroit et tortueux du cystique. » Ces ondes se continuent sur le cholédoque. Il ne semble du reste pas que le cystique normal oppose une grande résistance au passage des liquides (1), fait vérifié chez le cadavre et chez le chien où la pression de 10 à 80 cm. d'eau suffit à assurer le passage.

1. JOHNSTON et BROWN, *Surgery, Gynecology and Obstetric*, mars 1932.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les calculs. — Les calculs du cystique ont deux aspects qui leur sont particuliers :

1^o Le calcul en obus d'ASCHOFF. C'est l'homologue pour le cystique du calcul en cigare décrit par le Professeur CHAUFFARD dans le cholédoque. Il est gros, situé en partie dans le bassinets vésiculaire. Il a la forme d'un obus. Sa pointe s'engage dans le cystique et se recouvre d'un dépôt de bilirubinate de chaux qui lui donne un aspect granité, noirâtre. Il est plus friable à ce niveau. Le pôle vésiculaire est aplati, lisse, en contact avec un second calcul en tonneau. Il est fréquemment associé à des calculs à facettes vésiculaires. A la coupe, il présente en surface des précipitations calciques, puis des radiations cholestéroliques ;

2^o Les calculs muriformes, ou microlithiasse du cystique, décrits par le Professeur VILLARD :

Leur première caractéristique est d'être très petits, de la taille d'une tête d'épingle en verre à celle d'un pois. Ils sont blanc-ivoire, parfois plus foncés, mais

toujours plus clairs que la teinte brune habituelle. Leur surface est hérissée de petites saillies en mamelon donnant un aspect muriforme en « masse d'arme ». Ils sont uniques ou peu nombreux, rarement plus de quatre. Ils se trouvent inclus dans des logettes étagées le long du canal cystique, séparées les unes des autres par les valvules de HEISTER. Ils sont très riches en bilirubinate de chaux.

Les gros calculs en olive sont plus rares. Ils sont plus volontiers dans la portion terminale du cystique.

Le cystique réagit en général rapidement, surtout en cas de calculs muriformes. Une sclérose inflammatoire s'établit amenant souvent une oblitération complète, isolant la vésicule qui devient une cavité close.

La vésicule, étant elle-même le siège de calculs dans près de la moitié des cas, est modifiée. Le plus souvent, il existe une cholécystite scléro-atrophique. La vésicule de l'observation I « est le siège d'une sclérose ancienne qui envahit la sous-muqueuse, la musculuse et la sous-séreuse. De nombreux îlots lympho-conjonctifs prouvent qu'elle est encore en activité. La desquamation de l'épithélium de surface, l'infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse témoignent d'une poussée infectieuse aiguë ». Dans l'observation II, la même sclérose sous-épithéliale, musculuse, se retrouve bien que plus discrète. Mais l'épithélium de revêtement est normal, la couche

sous-jacente est congestionnée, mais peu infiltrée de leucocytes. La bile était stérile.

Il est des cas, surtout pour les petits calculs muriformes ou la vésicule a gardé son élasticité. C'est alors que l'on observe de grosses vésicules.

Enfin, dans deux observations, il existe un hémocholécyste. Les parois vésiculaires ne sont le siège d'aucune ulcération, d'aucun processus infectieux. mais « la sous-muqueuse est infiltrée d'œdème ; on est frappé par la congestion intense des capillaires, dans certaines régions on découvre des infiltrations hémorragiques ». Il s'agirait de ruptures capillaires diffuses et superficielles, en rapport avec une congestion irritative.

Retenons donc la fréquence de l'altération vésiculaire, qu'elle soit en rapport avec l'atteinte cystique, irritative ou inflammatoire, ou qu'elle soit secondaire à une lithiase directement vésiculaire.

Le contenu vésiculaire est variable. Parfois grisâtre, décoloré, épais (obs. 1 et 2) ; parfois noirâtre, très foncé, contenant du sang (obs. 3, 5, 6), il peut dans certains cas être muqueux, clair, limpide.

Le Professeur N. FIESSINGER insiste sur la fréquence ($\frac{1}{4}$ des cas) de l'infection torpide de cette bile. Dans l'observation 1 chez une malade apyrétique, la culture a révélé du streptocoque hémolytique. Cette infection torpide doit être bien connue, car elle peut à tous moments donner lieu à une cholécystite aiguë suppurée.

Une angiocholite est possible. Il semble bien que ce fut le cas du dernier ictère de notre observation 3 où la douleur, la température et l'ictère apparurent en même temps, pendant que la bile du drain vésiculaire devenait brunâtre. En fait, elle semble très rare, et ce qui caractérise les ictères du calcul du cystique est plutôt l'asynchronisme entre l'apparition de la fièvre, des douleurs et de l'ictère, donc l'absence de signes cliniques d'angiocholite.

Une lithiase associée des grandes voies est possible. Il faut évidemment toujours la rechercher par une exploration du cholédoque lors de l'intervention. Elle n'existait dans aucun des cas que nous rapportons.

Le foie peut être le siège d'une hépatite satellite. Nous en citons une observation (obs. X).

Lithiase du cystique et lithiase calcique.

— Il y a là une coïncidence qui mérite attention. Sur les 40 cas de lithiase calcique rapportés par WALTER (1), 26 comportent une lithiase du cystique. Le calcul du cystique paraît du reste être primitif, car il ne comporte de dépôt calcique que sur son pôle vésiculaire. La vésicule contient un liquide comparé au « lait de chaux », à la « bouillie barytée », au « porridge » ; les calculs préexistants s'encapuchonnent de cette craie. Cette coïncidence permet-elle une conclusion pathogénique ? rien ne peut l'affirmer.

Qu'il s'agisse de calcul d'ASCHOFF ou de calcul mu-

1. H. WALTER, La lithiase calcique. *Annales de Médecine*, t. 42, 2 juillet 1937.

riforme, retenons la rapidité avec laquelle une obstruction scléreuse du cystique se constitue, faisant de la vésicule un réservoir clos. Remarquons en terminant la proximité de l'hépatique et du cystique, augmentée encore probablement par les mises en tension vésiculaire. Ce facteur pourra peut-être permettre d'interpréter certains de ces ictères comme étant « par compression du voisinage ».

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation I (Pr. N. FIESSINGER).

Il s'agit d'une employée de la préfecture de la Seine, âgée de 35 ans, qui entra dans le service le 2 novembre 1940. C'est 3 jours avant qu'avaient débuté ses accidents. Brusquement, 3 heures après le déjeuner, elle a été prise d'une violente douleur épigastrique avec sensation de constriction. Cette douleur se propage dans la région dorsale et dans tout le thorax. Elle s'accompagne de vomissements alimentaires puis bilieux. La nuit qui suit est mauvaise, elle souffre sans arrêt, et la douleur ne change ni ses caractères ni son siège. Pendant 3 jours aucune amélioration ne se produit. Et c'est pliée en deux, dans un état d'extrême souffrance que la malade se présente à la consultation. *Il s'agissait donc d'une colique hépatique brutale et anormalement persistante.*

ANTÉCÉDENTS. — Ce n'est pas la première fois qu'elle souffre de la sorte. Depuis un an elle se plaint de nausées faciles, de vomissements après les repas, de diarrhée postprandiale. De temps en temps, apparaissaient des douleurs de siège épigastrique, avec des irradiations dans le bras droit. Elle a remarqué que souvent après ses crises elle a des matières décolorées.

Il y a trois semaines, ces petites crises répétées, se sont transformées en une grande crise douloureuse. Moins violente que la crise actuelle, elle dura huit jours, avec vomissements incoercibles.

Donc petites coliques au début, puis coliques plus longues, plus insistantes.

Cette malade est une bonne mangeuse, aimant la viande et friande d'une alimentation grasse. L'une de ses sœurs, âgée de 40 ans, aurait depuis l'âge de 26 ans, chaque année, une colique hépatique, une autre sœur et un frère souffrent du foie.

EXAMEN. — Le 4 novembre, quand elle fut examinée, elle était jaune. Cet ictère apparut donc cinq jours après le début de sa colique. C'était un ictère franc avec matières décolorées, et présence de pigments de sels biliaires dans les urines. Mais c'était le tableau douloureux qui prédominait. Cette malade souffrait toujours et son intolérance gastrique persistait, peut-être moins accusée qu'au début, car elle n'avait plus que deux vomissements par 24 heures.

Son foie est gros. Il déborde le rebord costal, mais la palpation en est difficile, car il est douloureux.

On met en évidence, au doigt, les points douloureux typiques : le point cystique, le point épigastrique, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, un point dans la zone pancréatico-cholédocienne de CHAUFFARD et RIVET. Il existe un signe de Murphy. Nous n'avons pas trouvé de points douloureux postérieurs, mais notre malade signale des douleurs dans la région scapulaire.

Sous palpation savonneuse, nous n'avons pas senti de grosse vésicule.

Cependant, le Pr. N. FIESSINGER, devant l'intensité et

surtout la durée de cette crise, devant cet ictère, affirma l'existence d'un calcul profond du cystique. La T. A. est normale, le pouls à 78, la température oscille entre 37°3 et 37°6.

EVOLUTION. — Le 7 novembre, notre malade ne vomit plus, les douleurs se sont éteintes lentement. Les points douloureux s'effacent, mais persistent un peu plus longtemps. Les matières cependant sont encore décolorées. Les urines ne contiennent plus de sels biliaires, mais encore des pigments.

Le 13 novembre, elle est entièrement guérie. La température oscille entre 37° et 37°2.

Entre-temps, nous avons étudié la fonction glycopexique du foie par l'épreuve de la galactosurie provoquée, elle fut absolument normale.

Un examen radiologique de la vésicule s'imposait. Le tétraïode ne pénètre pas dans la vésicule. Mais on découvre, à l'extrémité de la douzième côte, un gros calcul opaque, ovale, à centre un peu clair, encapuchonné en bas par une gaine opaque, véritable capuchon inférieur. La position très externe de ce calcul nous le fit localiser dans la vésicule. Mais en plus, sous la douzième côte, près de l'apophyse transverse de L1, on voyait, moins opaque, un autre calcul arrondi et peut-être un autre au-dessus, dont le contour est incomplet. La position de ce calcul interne nous le fit soupçonner comme étant le calcul du cystique. A l'opération, c'était le gros calcul qui était dans le cystique et les deux autres dans la vésicule.

Le Pr. N. FIESSINGER avait affirmé la localisation cystique du calcul. Le Pr agrégé. SÉNÈQUE opéra la malade, lui fit une cholécystectomie. La vésicule épaissie, congestive,

atteinte incontestablement d'une cholécystite aiguë, contient deux calculs cholestéroliques de la dimension d'un gros pois. Le cystique est bouché par un gros calcul, de la dimension d'une petite noix, son capuchon inférieur s'effrite car il n'est pas encore organisé. Mais le calcul est bien opaque et dur, formé d'une coque calcique, de radiations cholestéroliques et de centre pigmentaire.

Cette opération apporta une autre surprise. Outre la localisation en contradiction avec la radiographie, cette vésicule contenait quelques centimètres cubes d'une bile infectée par un streptocoque hémolytique pur. Or, la température oscillait entre 37°3 et 37°6. C'est bien une surprise bactériologique. Mais l'on sait que les infections inapparentes des vésicules calculeuses ne sont pas rares.

Maintenant cette malade est guérie. On lui a donné pendant quelques jours de la sulfamido-pyridine, de crainte de complications angiocholiques. Elle est sortie entièrement remise le 10 décembre, ne souffrant plus.

Observation II (Pr. N. FIESSINGER).

Il s'agit d'une malade de 39 ans, entrée à la salle Sainte-Madeleine le 5 novembre 1940. Ses accidents commencèrent après l'accouchement d'un quatrième enfant, il y a un an. Au début, ce sont des crises douloureuses apparaissant après les repas. Puis, ces crises se prolongent et durent trois jours. Enfin, les derniers mois, les crises douloureuses sont à la fois plus violentes et plus prolongées. Elles finissent par durer 15 jours. Elles débutent vers minuit. Douleur épigastrique, douleur sous-costale droite, vomissements, rien ne manque et, chaque fois, les urines se foncent, devenant acajou, les matières se décolorent.

Nous avons vu cette malade en pleine crise douloureuse. Il existait un léger ictère avec, dans les urines, des pigments et des sels biliaires. Les matières étaient décolorées. Pas de prurit ni de bradycardie.

A l'examen, foie légèrement douloureux. A la palpation, point cystique, point épigastrique, point pancréatico-cholédocien, signe de Murphy, point phrénique. Pas de fièvre.

Le 9 novembre, les douleurs ont disparu. Mais les selles sont encore un peu décolorées. L'ictère est en voie d'effacement. Nous faisons une cholécystographie. La vésicule est opaque, donc perméable. On la voit bourrée de calculs transparents aux rayons, en petits pois, tassés, remontant dans le col de la vésicule et se prolongeant jusque dans le cystique.

Avant de la faire opérer, nous constatons que l'épreuve de la *galactosurie est normale*, l'azotémie est à 0 gr. 25, le temps de coagulation est de 6 minutes, et le temps de saignement de 1 minute. Le Pr. agrégé SÉNÈQUE l'opère le 15 novembre. Il trouve une vésicule libre, mobile, remplie de calculs jusque dans la région profonde. Il les ramène tous dans la vésicule et pratique une cholécystectomie. La vésicule retirée est congestive, épaisse ; la muqueuse a un aspect velouté. Elle contient 33 petits calculs, de la taille d'un grain de genièvre, les uns à facettes, les autres muriformes. A la coupe, ce sont des calculs radiaires cholestéroliques, à centre liquide et foncé. La bile de cette vésicule est stérile.

Elle est complètement guérie à l'heure actuelle.

Observation II bis (Pr. M. LOEPER).

M. G..., 63 ans, a été opéré par le D^r ISELIN en 1920 pour une lithiase vésiculaire ancienne douloureuse. L'opération consista en une cholécystectomie qui, d'ailleurs, permit d'enlever une vésicule un peu épaissie, à muqueuse congestive et enflammée avec 7 calculs de volume variable, et d'obtenir en quelques jours un heureux résultat. Les douleurs disparurent, l'appétit se fit meilleur, et une première cure à Vittel acheva la guérison.

Mais en 1921, vers le mois de juin, des douleurs reparurent, d'abord intermittentes puis assez régulièrement rythmées par les repas, la nuit comme le jour, et peut-être plus que le jour. Une nouvelle cure à Vittel en août 1921 n'eut qu'un médiocre effet. Le teint du malade était un peu pigmenté, les douleurs atténuées mais persistantes et parfois intenses pendant 5 à 6 jours, avec des intervalles de 2 à 3 mois d'amélioration; l'appétit était médiocre, le caractère aigri.

Le diagnostic porté fut successivement celui d'adhérences post-opératoires auxquelles on opposa sans grand succès des séances de diathermie. Une radiographie faite en janvier 1922, ne révéla qu'un léger pincement duodénal.

Il y eut alors une sorte de débâcle intestinale et urinaire d'oxalate de chaux et l'on orienta, non sans quelque amélioration, le traitement vers la nutrition générale et le rein. Une cure mixte à Vittel et à Vichy fut assez efficace.

Mais, en juin 1923, survient une première crise douloureuse avec fièvre le soir de 38 à 38,5, et qui dura 15 jours. Nouvelle amélioration, nouvelle sédation avec uroformine, benzoate de soude, application chaude, et injection d'ioda-

septine. Enfin en novembre, une crise plus forte, marquée par un début très douloureux, comme une nouvelle colique hépatique, terminée en 24 heures, mais prolongée par des douleurs plus discrètes, permanentes et compliquées d'un véritable ictère avec décoloration des matières, foie un peu gros et sensible. Examen des urines : pigments et sels biliaires. Coefficient azoturique normal. Traces d'albumine, urée normale. Pas de sucre urinaire, même après absorption de sirop de glucose. Etat général assez satisfaisant.

Comme il y avait des graisses abondantes dans les selles, on pensa à une pancréatite de la tête avec rétention biliaire, et l'on demanda l'avis du Pr. GOSSET. Celui-ci pencha pour un calcul du cystique, et maintint son diagnostic bien qu'une radiographie nouvelle resta encore négative.

On opéra donc en décembre et l'on trouva dans la terminaison du cystique, juste à son abouchement dans le cholédoque, un calcul biliaire enchâssé, gros comme une noisette, peut-être laissé par le chirurgien précédent, peut-être formé depuis l'opération dans un cystique insuffisamment réséqué et élargi. Le canal hépatique ne parut pas plus volumineux que normalement.

Les suites opératoires sont normales pendant 8 jours. Une pleurésie droite fébrile mais claire assombrit un instant le pronostic mais se résorbe. A part quelques petites manifestations très discrètes l'état du malade se maintient encore aujourd'hui parfait. La cicatrice est à peine sensible, on y perçoit le foie régulier non douloureux. Le malade a actuellement 84 ans.

Observation III (Pr. N. FIESSINGER).

La malade, âgée de 46 ans, entre dans le service le 24 janvier 1936. Elle a été opérée dans le service du Dr BERGERET et présente à l'heure actuelle une fistule vésiculaire.

Histoire de la maladie.

Première phase : de troubles dyspeptiques. Le début remonte à 1933. A ce moment, la malade présente des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, des digestions pénibles, avec pesanteur et somnolence.

Deuxième phase : de crises douloureuses paroxystiques. En juillet 1935, après l'ingestion d'un gâteau à la crème, elle fait une crise douloureuse qui a duré 11 jours. Les paroxysmes réalisaient de véritables coliques hépatiques, entre lesquelles ne persistait qu'un endolorissement profond de l'hypochondre droit. Il n'y a pas eu d'ictère.

Le 10 septembre, après l'ingestion d'un plat très gras, une crise analogue se déclanche. Les paroxysmes d'abord éloignés se rapprochent. Le 22 septembre, donc 12 jours après, l'ictère apparaît.

Troisième phase : ictérique. C'est un ictère jaune-citron, il envahit la peau, les muqueuses. Les selles sont décolorées, blanc-mastic. Les urines brun-acajou. Le prurit est intense et pénible. Cet ictère va persister jusqu'au 21 novembre sans qu'on note de relations entre ses variations et l'apparition des crises douloureuses. A ce moment, dans le service du Pr. CARNOT, trois radiographies montrent de nombreux calculs.

Le 3 décembre, cholécystostomie par le Dr BERGERET. L'ictère disparaît. Dans les premiers jours, par le drain, s'écoule une bile noirâtre, avec des traces de sang. Puis, pendant 15 jours, une bile franchement jaune. Elle deviendra blanche, ne contenant pas de sels biliaires. Puis, à nouveau jaune foncé, en même temps que les selles se décolorent, et que l'ictère et les coliques hépatiques reparaisent. La température est montée à 40.

Une radiographie, après injection de lipiodol par le drain, montre un arrêt au niveau du cystique. Il n'y a pas de passage dans les voies biliaires principales.

Le 24 janvier 1936, une exploration au rose bengale, montre que la bile duodénale et les selles sont bien colorées, mais le colorant ne s'écoule pas du tout par la fistule vésiculaire. L'obstacle cystique est donc confirmé. Le rose bengale est à 2,2, l'indice biliaire plasmatique à 3,5.

Le 1^{er} février, une cholécystectomie est pratiquée par le Dr BERGERET. Ablation d'un calcul du cystique. Guérison, la malade part en convalescence.

**Observation IV (Pr. N. FIESSINGER, A. BERGERET,
J. LEVEUF) (1).**

Il s'agit d'une malade de 33 ans, secrétaire comptable. Le 15 décembre 1934, après un voyage en chemin de fer et en automobile, accompagné d'une vive contrariété, elle fut prise de gêne, puis de nombreux vomissements de bile. Un médecin consulté fait le diagnostic d'appendicite, et préconise l'intervention d'urgence. La malade refuse l'intervention. Sous l'effet d'applications de glace, les vomis-

1. Les hémocholécystes, *Presse médicale* du 10 juillet 1937.

sements cessent. La malade se lève le lendemain et reprend son travail.

Mais le 31 décembre, apparaît une nouvelle crise. Les vomissements bilieux reprennent, abondants et sans efforts, persistent plusieurs jours et ne cessent que le 3 janvier. Pendant ces deux crises il n'y eut pas de poussée thermique.

A l'examen de cette malade, on trouve sous le rebord costal, une tuméfaction de consistance ferme, légèrement sensible, située au niveau du bord externe du grand droit, mobile dans la respiration et sans aucun contact postérieur. Il s'agit d'une grosse vésicule, des dimensions d'une petite poire.

On trouve au niveau des téguments un état subictérique, avec bilirubine dans les urines.

La température qui oscille à l'entrée aux environs de 38, tombe rapidement pour atteindre 37 le 5 janvier, en même temps que les phénomènes douloureux disparaissent.

En somme, grosse vésicule douloureuse, avec subictère, avec deux crises de réactions péritonéales frustes, sans péricholécystite certaine...

L'exploration fonctionnelle du foie par les concentrations galactosuriques fractionnées n'ayant donné aucun signe de déficience, nous passons cette malade en chirurgie. Urée sanguine : 0,23 ; cholestérol : 1,97.

Cholécystectomie le 11 janvier, suites opératoires normales, en mars elle est en excellente santé.

Aspect de la vésicule.

A l'examen macroscopique, cette vésicule était remplie d'un mélange de sang et de bile avec une quantité de petits calculins, et, au niveau du col du cystique, on

trouve un calcul en olive nettement encastré, cholestérolique pur...

L'examen bactériologique prouve l'asepticité absolue du milieu.

La paroi vésiculaire est congestive, oedémateuse, sans aucune ulcération de la muqueuse. A l'examen histologique, on observe une intégrité presque complète de l'épithélium de revêtement, avec prolifération anormale des cellules et des glandes muqueuses. La sous-muqueuse est infiltrée d'œdème et présente des foyers de réaction lympho-conjonctive péri-vasculaire.

Observation V (Pr. N. FIESSINGER, A. BERGERET,
J. LEVEUF) (1).

Cette malade se sent fatiguée depuis quinze mois. Au début, troubles dyspeptiques avec flatulences. Mais, depuis douze mois, sous l'influence d'écarts de régime, elle présente quelques coliques hépatiques frustes.

En août 1935, après une alimentation sans discipline d'œufs, graisse, oseille, tomates, brusquement apparaissent des *coliques hépatiques subintrantes* diurnes et nocturnes. Les vomissements sont constants. La constipation ne cesse plus et les matières, de temps en temps, sont décolorées.

Un ictère apparaît à chaque colique durant trois jours seulement, donc *fugace au début, puis permanent*, mais encore d'*intensité variable depuis un mois*. La température oscille entre 39,5 et 38, *sans rapports absolument avec les poussées d'ictère*. Il se produit un amaigrissement lent mais progressif. On pose, pour ces raisons, le diagnostic

1. Les hémocholécystes. *Presse médicale*, 10 juillet 1937.

de calcul du cystique. La vésicule est accessible, dure et douloureuse.

L'intervention est pratiquée le 5 octobre 1935. On retire une vésicule distendue et rougeâtre. L'ouverture permet de retirer du sang, sans trace d'éléments microbiens. Il existe, dans le corps de la vésicule, un petit calcul cholestérolique uniforme, et, *au niveau du col cystique, un calcul noir, dur, présentant à sa surface plusieurs petits piquants, durs comme la coque d'un marron d'Inde...*

Observation VI (Pr. N. FIESSINGER).

La malade, âgée de 41 ans, entre dans le service le 11 mars 1939. Depuis quinze jours, elle souffre d'une colique hépatique violente, rebelle aux piqûres de morphine. Ces crises ont débuté il y a quelques mois, elles se répètent avec de plus en plus de fréquence, et durent de plus en plus longtemps. Quand nous la voyons, sa température oscille entre 38° et 38°5. Un ictère franc est apparu, avec décoloration des matières. La leucocytose est de 10.000, avec 80% de polynucléaires.

Elle est opérée le 25 mars 1938 par le Dr. BERGERET. Ablation d'un calcul cystique, le cholédoque est libre. L'ensemencement de la vésicule reste aseptique en aérobie et anaérobie.

Observation VII (Thèse de DAMAS, Lyon, 1924).

Hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du cystique.

Crise de colique hépatique en 1900 sans ictère.

Nouvelle crise identique en 1902, mais plus longue, durant

4 heures. Depuis, les crises se rapprochent de plus en plus, survenant tous les 4 ou 5 mois. C'est en 1903 que l'on voit la malade lors d'une crise horriblement douloureuse. A l'examen, on constate dans l'hypochondre droit une tuméfaction allongée qui présente les caractères d'une vésicule distendue, descendant à 12 cm. au-dessous des fausses côtes, avec alternatives de tension et de relâchement. Un subictère apparaît.

Un mois après, réapparition de crises très violentes. Le subictère devient plus accentué.

Intervention. Ablation de très petits calculs muriformes, gros comme une tête d'épingle en verre. Guérison.

Observation VIII (Thèse de DAMAS).

M^{me} M..., âgée de 27 ans, entre dans le service pour un ictère datant de un mois.

A la suite d'un accouchement le 11 avril dernier, elle fit une crise de colique hépatique sans ictère ni température. Ces crises se répétèrent de plus en plus prolongées. Le 23 août, elle fit une crise avec état subfébrile (37,8-38). Elle persista 8 jours. Puis apparut un ictère foncé avec selles mastic, urines biliaires, prurit.

Cet ictère subit des variations marquées, sans cependant avoir jamais disparu complètement depuis son installation.

A l'examen. — Ictère par rétention. Foie non augmenté de volume, douleur au point cholédocien. Vésicule non perçue.

Du 6 au 26 octobre, la température se maintient aux environs de 37,5 le matin, 38 le soir. Le pouls est à 80.

Intervention le 26 octobre. Vésicule épaissie, blanchâtre. Le cholédoque est médiocrement dilaté. Cholécystectomie,

cholédocotomie. Le cholédoque ne contient pas de calculs, son cathétérisme est facile mais la bile qui s'écoule est noirâtre, épaisse.

Trois petits calculs muriformes sont énucléés par pression du cystique, où l'un d'entre eux était particulièrement enclavé. Le plus gros a à peine le volume d'une tête d'épingle en verre.

Observation IX (Thèse DAMAS).

Aggravation et prolongation progressive de crises de coliques hépatiques. Elles deviennent, à la fin, ictériques, mais restent apyrétiques. Intervention : un calcul muriforme du cystique. Guérison.

Observation X (Thèse de CAROLI).

La malade entre dans le service du Pr. HARVIER le 3 juillet 1930.

Le début de la maladie remonte au 11 novembre 1929. Elle présenta alors une crise de colique hépatique très violente, sans ictère. Nouvel accès en janvier 1930. Puis en mars. En juin, les crises douloureuses sont subintrantes pendant 8 jours. Un ictère franc survient, le foie est gros. Le Dr BRAINE pose le diagnostic de calcul du cholédoque. L'ictère persiste, variable, semblant confirmer le diagnostic.

A l'intervention, cholécystite calculeuse. *Calcul du cystique*, pas de lithias cholédocienne. Culture de bile négative. La biopsie du foie montre des lésions intenses d'hépatite, avec foyers parcellaires de nécrose.

Observation XI (Thèse de CAROLI).

Le début de l'affection remonte à cinq jours. Il s'agit de violentes crises de coliques hépatiques subintrantes.

Le malade a déjà présenté trois crises, moins violentes, sans fièvre ni ictère.

La veille de son entrée, la température est à 40, il présente un ictère généralisé. Les tubages donnent une sédation remarquable de tous les phénomènes. Quatre mois plus tard une crise analogue se produit.

Intervention : Cholécystite scléro-atrophique, *cystique complètement oblitéré*, volumineuse dilatation de la voie principale, sans calcul décelable par le cathétérisme.

Observation XII (Thèse de JACOMET).

Crises de coliques hépatiques, devenant de plus en plus longues, puis subintrantes, avec ictère passager.

Cholécystectomie. Mais les crises se répètent de plus en plus fréquentes. Réintervention. On retire un calcul enchaîné dans le cystique,

Observation XIII (J. VOLKMAN).

Femme de 30 ans, avec histoire de crises très douloureuses, dont une avec ictère.

Un calcul dans le cystique. Le contenu vésiculaire ressemble à du lait de chaux, 5 calculs muriformes, brunâtres y nagent.

Analyse chimique : carbonate de chaux presque pur.

**Observation XIV (D. B. PHEMISTER, A. G. REWBRIDGE,
H. RUDISILL).**

Homme de 61 ans, à crises douloureuses droites depuis 7 ans. Depuis 7 mois, trois crises se sont accompagnées d'ictère.

Un calcul dans le cystique. La vésicule contient un liquide muqueux, contenant une masse pâteuse, grise et trois calculs bruns. 81,3 % de carbonate de chaux.

Observation XV (KNUTSSON-FOLKE).

Femme de 33 ans, arrêtée depuis un mois par une crise douloureuse avec fièvre et ictère. Un calcul dans le cystique. Bile contenant une masse amorphe et des flocons gris jaune.

Observation XVI (MARKUS).

Femme de 58 ans, faisant des crises douloureuses avec ictère. Un calcul du cystique. La vésicule contient une masse blanchâtre. 98 % de carbonate de chaux.

Observation XVII (ENGELSTAD).

Femme de 34 ans, faisant des crises douloureuses depuis sa première grossesse, parfois avec selles décolorées et urines foncées. Concrétion dans le cystique.

CHAPITRE V

CLINIQUE

Nous nous baserons donc, pour donner un tableau clinique aux ictères du calcul du cystique, sur les deux descriptions qu'en fait le Professeur N. FIESSINGER, d'une part, et, d'autre part, sur les 18 observations réunies.

Dans une première phase, ces ictères se présentent comme des *ictères éphémères*. Bien que passant au second plan derrière un syndrome douloureux violent, ils sont importants, car ils aident au diagnostic de calcul du cystique.

Puis, plus tardivement, ce sont des *ictères trainants*, pour lesquels le premier diagnostic soulevé est celui de calcul du cholédoque.

Les ictères éphémères

Leurs *conditions d'apparition* constituent un élément important de leur diagnostic. Ils s'observent chez des malades qui présentent des *coliques hépatiques bien spéciales*. Elles ont débuté il n'y a pas très longtemps, un an, six mois. Parfois, elles existent depuis plusieurs années, mais depuis peu leurs caractères se sont

modifiés. La première crise a été banale, ne durant qu'une à trois heures, sans fièvre, ni ictère. Puis, petit à petit, les crises deviendront de plus en plus violentes et surtout de plus en plus longues, finissant par réaliser un véritable état de mal s'étendant sur 8 à 15 jours pendant lesquels les crises se répètent presque sans arrêt. Plus violentes, plus longues, progressivement les crises deviendront plus complètes, plus riches chaque fois d'un symptôme nouveau. Après deux à trois crises, la fièvre fera son apparition peu élevée à 38, éphémère. Puis ce sera l'ictère, d'abord très discret et fugace, il s'accroîtra et se prolongera peu à peu.

Ces coliques hépatiques qui, progressivement, deviennent plus longues, plus violentes, plus fébriles, plus ictériques, finissant par durer 10 à 15 jours, cette progressivité et cette longue durée des crises, nous les retrouvons dans toutes les observations complètes. « Elles traduisent, dit le Professeur N. FIESSINGER, la pénétration d'un calcul dans le cystique ». Elles constituent un des symptômes du calcul du cystique.

Les conditions d'apparition de l'ictère lui-même au cours de la crise, sont assez caractéristiques. Il n'apparaît pas d'une façon synchrone aux douleurs et à la fièvre, comme dans le calcul du cholédoque. Dans l'observation I, c'est 5 jours après le début de la crise qu'apparaît l'ictère, 12 jours dans l'observation III. A l'opposé, il est des cas où il existe depuis le début.

Donc, apparition tardive et décalée d'un ictère éphémère, mais récidivant et de plus en plus durable.

L'ictère lui-même est un ictère complet par obstruction, avec matières décolorées, présence de sels et de pigments biliaires dans les urines. Notons l'absence fréquente de prurit et de bradycardie. Il va persister cinq ou six jours. Puis il s'atténuera progressivement sans qu'il existe de rapport entre sa disparition et celle de la fièvre et des douleurs. En général (obs. I, III et IV) il persiste après les manifestations douloureuses et fébriles.

La fièvre qui l'accompagne est inconstante. Elle manque dans 6 de nos observations. Ce n'est pas une fièvre en clochers à 40, précédée de frissons. C'est au contraire une température peu élevée, 38, 38,5 au maximum, avec peu d'oscillations.

L'examen clinique, outre les points douloureux classiques de la colique hépatique, montre parfois : *une grosse vésicule*. Elle manque souvent même sous palpation savonneuse. Dans une des observations de DAMAS, un examen, lors de la crise douloureuse, révèle que cette grosse vésicule subit des tensions intermittentes. Cette grosse vésicule, permanente ou intermittente, est un symptôme positif de grande valeur. Son absence, par contre, ne permet aucune conclusion, car le calcul du cystique est fréquemment associé à une sclérose vésiculaire.

Le volume du foie est variable et ne permet guère de conclusion.

Les ictères trainants constituent un stade évolutif plus avancé que les précédents. C'est petit à

petit, plus ou moins rapidement que la durée de l'ictère va se prolonger. C'est donc seulement une forme évolutive des précédents qui ne mériterait pas d'être individualisée si elle ne posait des problèmes diagnostiques tout différents.

Après une première phase qui est celle que nous avons décrite pour les ictères éphémères, progressivement au cours d'une crise anormalement prolongée, le tableau se constitue. C'est celui d'un ictère chronique.

L'ictère est un ictère complet, avec sels et pigments biliaires dans les urines. Les matières sont décolorées. Son intensité ne paraît pas en rapport avec l'importance des manifestations fébriles et douloureuses. Dans l'observation 2, l'ictère est discret, les crises sont très violentes et durent 15 jours. Un peu plus intense dans l'observation 1, il l'est davantage encore dans les observations 5 et 8 où les douleurs cessent rapidement.

Son apparition, ses variations, sa disparition, comme nous l'avons déjà vu pour les ictères éphémères, restent dissociées d'avec les douleurs et la fièvre, sauf toutefois dans l'observation 3 où l'ictère est probablement dû à une angiocholite.

Certains peuvent rester complètement apyrétiques, montrant bien l'asynchronisme qu'il y a entre l'apparition de l'ictère et celle de la fièvre. Mais le plus souvent ils sont fébriles. La température ne décrit que de petites oscillations autour de 38. Elle est en effet le plus souvent peu élevée, sans clochers, subcon-

tinue, sans rapport avec les poussées d'ictère. Donc très différente de celle qui est classique dans le calcul du cholédoque.

L'état général est bien mieux conservé que dans la lithiase cholédocienne. La langue n'est pas sèche, les urines ne contiennent pas d'albumine, la tension artérielle n'est pas basse.

La vésicule, qu'elle soit ou non perceptible, est et restera longtemps douloureuse.

Le foie est variable. Il semble moins souvent gros que dans le calcul du cholédoque.

Le point cystique, le point épigastrique, la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet sont douloureux. Il existe un signe de Murphy. Les points douloureux postérieurs peuvent manquer.

EVOLUTION

Le repos absolu au lit fait en général disparaître les douleurs et l'ictère. Mais, dès que le malade se relèvera, reprendra son alimentation, de nouvelles crises se reproduiront, rendant toute vie active impossible. L'intervention chirurgicale devient nécessaire.

Des complications sont du reste toujours à craindre.

La migration dans le cholédoque. — Elle peut être spontanée. Mais il faut bien savoir que des traitements médicaux intempestifs peuvent la provoquer. Tous les cholagogues puissants peuvent en être cause. Qu'il s'agisse de sulfate de magnésie, d'huile de Harlem, ou de tubage duodénal.

La cholécystite suppurée.

On ne saurait trop insister sur les surprises de la flore biliaire. Il est des cas complètement apyrétiques depuis plus de huit jours, comme notre observation 1, où la culture révèle l'existence d'un streptocoque hémolytique. A l'opposé, il est des cas fébriles, comme dans les observations 3, 4, 5, où la bile est aseptique. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que le danger d'une cholécystite aiguë suppurée avec rupture vésiculaire est toujours possible. Le Professeur N. FIES-SINGER rapporte l'observation d'une malade qu'on devait opérer et qu'on maintenait au repos pour attendre la disparition complète de l'ictère. Elle était apyrétique depuis plusieurs jours, lorsqu'elle fit brusquement un matin, une cholécystite suppurée qu'il fallut opérer d'urgence. Le danger d'une infection vésiculaire torpide doit être une raison supplémentaire pour adopter rapidement le traitement chirurgical.

Ces deux complications sont plus spéciales à la lithiase du cystique. D'autres peuvent s'y voir comme au cours de toute lithiase biliaire : une angiocholite, une hépatite. La cancérisation semble rare. Il en existe 6 cas dans la littérature.

CHAPITRE VI

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Quelle aide la radiologie, le tubage, les épreuves fonctionnelles pourront-ils apporter au diagnostic ?

La *Radiologie* peut dans bien des cas montrer une image calculeuse, directement ou après ingestion de tétraïode. C'est déjà un argument important. Mais permet-elle de déterminer la localisation cystique ? « Un calcul immobile, haut situé sous la 11^e côte par exemple, coïncidant avec une vésicule nettement visible sous la 12^e côte, a de grandes chances d'être logé ou encastré dans le cystique, ou le bassinnet vésiculaire » (1). Et certainement, lorsque toutes ces conditions sont remplies l'argument radiologique est important. Mais *la vésicule est rarement perméable au tétraïode* en cas de lithiase du cystique. D'autre part, la position des calculs est trompeuse, témoin l'observation I ou c'est le calcul externe qui est dans le cystique, les deux calculs plus internes étant dans la vésicule. Les petits calculs muriformes du cystique,

1. J. GATELLIER, F. MOUTIER, P. PORCHER, *Radiologie clinique du tube digestif*.

bien que calciques, sont souvent trop petits pour être vus. Retenons cependant que la radiologie donne plutôt un argument de présomption, les calculs du groupe supéro-interne, étant dans l'aire de projection normale du cystique.

A côté des renseignements radiologiques directs, mettant en évidence le calcul, il en est d'indirects. L'examen après tétraïode, lorsqu'il est possible peut montrer une *vésicule complètement exclue*. Le Professeur N. FIESSINGER insiste sur le fait qu'en l'absence de cirrhose et d'ictère, c'est un argument très important en faveur d'un calcul du cystique. Lorsque, avec une bonne technique, la vésicule est imparfaitement exclue, il y a là aussi un argument à retenir.

Enfin, l'angiocholégographie, après injection lipiodolée dans le drain de cholécystostomie a permis le diagnostic dans l'observation III. Rappelons que le cystique normal se présente d'après les travaux de DESPLAS, MOULONGUET et MALGRAS (1), comme un canal plus ou moins sinueux, mais continu, parfaitement dessiné dans ses contours, ou bien, comme une image discontinue, prenant l'aspect d'une vrille dont chaque tour de spire ne serait visible que dans la moitié de sa longueur. Cette image correspond à la valvule spirale de HEISTER. Le confluent dans le cholédoque est variable, haut, l'angle de raccordement est presque droit, bas, il est très aigu. Notons que toujours en cas de malade cholécystostomisé, l'étude de l'élimination des colorants comme le rose bengale

1. L'angiocholégographie post-opératoire, 1938.

montre qu'elle se fait normalement dans la bile duodénale et aucunement par la bile de la fistule.

Quant à l'épreuve de MELTZER LYON, elle doit normalement montrer l'absence de bile B. Mais elle est dangereuse. Elle déclanche souvent des crises très violentes avec ictère, outre le danger de faire migrer le calcul dans le cholédoque. D'autre part, elle serait infidèle, car il est des cas où l'on obtient de la bile B avec une vésicule exclue.

Les épreuves fonctionnelles ont été pratiquées dans les observations 1, 2, 2 bis, 4 et 5. Qu'il s'agisse du coefficient azoturique, de la glucosurie alimentaire (obs. II bis) ou de l'épreuve de la galactosurie provoquée, elles furent constamment normales. Sommes nous donc autorisés à dire qu'il ne s'agit pas dans ces cas d'un ictère par hépatite ? C'est la question de la valeur de l'épreuve du galactose qui se pose. On sait, depuis les travaux du Professeur N. FIESSINGER que c'est précisément dans les ictères par hépatite qu'elle est le plus constamment troublée, que ses modifications sont les plus constantes. Si l'on ajoute à cela le fait que la guérison fut toujours obtenue par une simple cholécystectomie, il semble bien que l'intérêt de l'épreuve de la galactosurie provoquée dans les ictères de la lithiase du cystique soit d'éliminer ou de faire la part de l'hépatite. Ainsi, une épreuve normale permettra d'éliminer les ictères par hépatite. Une épreuve modifiée devra être discutée. S'agit-il d'un ictère par hépatite ou d'une lithiase du cystique compliquée d'hépatite ? C'est au contexte

clinique qu'il faudra s'adresser. Outre son intérêt diagnostique, elle a donc un intérêt thérapeutique, permettant d'opérer au moment opportun.

L'épreuve du rose bengale, normale dans la lithiase du cystique, servira, dans les cas difficiles, à éliminer certains ictères au cours des cirrhoses.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le premier temps du diagnostic consiste à éliminer les *affections non lithiasiques* pouvant provoquer de telles crises douloureuses avec ictère.

Les **hépatites aiguës**, qu'il s'agisse d'ictère grave ou de poussées au cours d'une cirrhose quelconque, peuvent donner des syndromes douloureux, simulant parfois à s'y méprendre les coliques hépatiques. De plus, elles peuvent s'accompagner d'ictère. Il faudra donc rechercher les signes associés de cirrhose, l'état du foie, de la rate, une ascite au début, les signes vasculaires. Les épreuves fonctionnelles y sont en général fortement troublées. L'élimination du galactose est importante et prolongée, le rose bengale est à des taux élevés dans le sang. Mais tous ces signes peuvent manquer, ou être d'interprétation difficile, et l'erreur peut être inévitable.

L'*appendicite sous-hépatique* survient inopinément sans antécédents, l'ictère y est rare mais possible. Le tableau infectieux et toxique y est plus dramatique.

Ce n'est que très rarement qu'un ulcère du duodénum, qu'une crise viscérale du tabès peuvent réaliser un tel tableau, mais c'est possible.

En général, aidé par la radiologie, le diagnostic de lithiase biliaire est porté. Il faut éliminer les autres localisations.

Le **calcul de migration** donne lieu à la colique hépatique classique. La crise est courte, ne durant que quelques heures. Elle se reproduit dans des modalités à peu près identiques chez les mêmes malades. On n'y trouve pas la progressivité puis les crises subintrantes durant 6 à 15 jours. La vésicule est en général perméable au tétraïode et les calculs sont petits. Enfin, l'examen des selles peut révéler le calcul. Chaque fois qu'au cours d'une lithiase vésiculaire les crises s'allongent, se rapprochent, se complètent, devenant fébriles, puis ictériques, il faut penser à une migration cystique.

Le **calcul du cholédoque**. Dans sa forme classique, telle que l'a décrite CHAUFFARD, le diagnostic est en règle facile.

L'ictère domine le tableau. Ses variations sont très caractéristiques. Chaque recrudescence est précédée de douleurs. Ce ne sont du reste pas des coliques hépatiques. La douleur y est « moins intense dans ses paroxysmes, plus continue dans ses manifestations » (MATHIEU). Puis, surviennent des frissons et la température monte en clocher à 40°. Le lendemain, l'ictère est plus foncé, les selles plus décolorées. Dans cette forme, tout s'oppose au tableau de la lithiase du cystique, où les douleurs sont des coliques

hépatiques très violentes, où il n'y a pas de frissons, la température monte rarement au-dessus de 38°5. Elle s'inscrit en une courbe presque continue, à petites oscillations, sans clochers. L'ictère varie indépendamment des douleurs et de la fièvre.

Mais dans ses formes dissimulées, trompeuses, le diagnostic reste extrêmement difficile. Il faut avec grand soin rechercher l'un ou l'autre des caractères différentiels précédents, que ce soient des clochers fébriles très passagers, ou le synchronisme des variations ictères, douleurs. L'état général est plus touché dans le calcul du cholédoque où la langue est sèche, les urines rares et albumineuses. Mais dans nombre de cas, le diagnostic reste très douteux, et l'exploration des grandes voies à l'intervention, toujours indispensable.

Quant au diagnostic des *hépatites ictérigènes de la lithiase*, étudiées par le Professeur N. FIESSINGER, THIÉBAUT, G. ALBOT, CAROLI, il est extrêmement difficile. Les douleurs de l'hépatite elle-même peuvent se surajouter à celles de la lithiase. L'ictère y est variable, la fièvre peu élevée, sans accès francs. Ce seraient uniquement les épreuves fonctionnelles, surtout celles de la galactosurie qui pourraient faire la part de l'atteinte parenchymateuse. Pour compliquer encore la question, la lithiase du cystique peut, elle aussi, se compliquer d'hépatite, et l'ictère associé être hépatique. Dans nos deux premières observations, l'élimination du galactose était normale. Mais dans l'observation X, la biopsie du foie révèle les lésions

d'hépatite, des foyers dégénératifs prédominants au centre du lobule, avec communications canaliculo-interstitielles. Ce qui importe donc c'est de faire la part de l'hépatite pour intervenir à un moment où l'atteinte parenchymateuse ne puisse être ni un danger, ni une cause d'insuccès. L'hépatite ictérigène de la lithiase n'est donc pas à proprement parler un diagnostic différentiel. C'est plutôt un facteur pathogénique qui semble rare mais possible. Pour lui faire sa part, c'est aux épreuves explorant le parenchyme hépatique qu'il faut s'adresser. La meilleure semble celle de la galactosurie provoquée. Lorsqu'elle est troublée à plusieurs examens, il y a toutes les chances pour qu'il y ait hépatite.

CHAPITRE VIII

PATHOGÉNIE

Elle n'est certainement pas univoque. Il est possible que certains de ces ictères soient dus à une hépatite. Dans l'observation X, la biopsie du foie le montre nettement. Il est possible que d'autres soient dus à une angiocholite. La dernière poussée d'ictère de l'observation III où les douleurs, la fièvre, puis l'ictère apparurent successivement, en même temps que la bile du drain vésiculaire devenait noirâtre, en est un exemple probable. Une pancréatite associée est déjà plus discutable. C'est elle qu'invoque CAROLI dans l'observation XI. En fait, ces mécanismes semblent rarement en cause.

L'épreuve de la galactosurie était absolument normale dans les deux cas où elle a été pratiquée. L'intervention a constamment guéri les malades (sauf dans l'observation où le calcul est resté). Cela ne veut pas dire qu'il faille éliminer l'hépatite, c'est un facteur associé possible à toujours rechercher, c'est rarement la cause essentielle.

De même pour l'angiocholite ; l'état général n'y est jamais aussi atteint, la fièvre est modérée sans

clochers, permanente. La simple cholécystectomie a guéri les malades.

Pour la majorité des cas il faut donc rechercher une autre explication. DAMAS croit à la migration du calcul dans le cholédoque, se basant sur un cas où la crise ictérique fut suivie d'une longue sédation. Nous avons précisément vu les différences cliniques qui séparent ces deux lithiases. D'autre part, il faudrait admettre une nouvelle migration à chaque poussée ictérique. Or, à l'intervention jamais ne fut trouvé de calcul dans le cholédoque et la simple cholécystectomie amena la guérison.

Le Professeur N. FIESSINGER pour donner une explication, se base sur un certain nombre de faits.

Les calculs sont assez souvent logés loin dans le cystique, dans la portion fusionnée ou accolée à l'hépatique, c'est-à-dire dans une portion où l'on peut admettre comme très possible une compression de voisinage des grandes voies. Cette compression étant aggravée par la tension vésiculaire.

La fièvre est stable, continue, ne ressemblant absolument pas aux grandes oscillations de l'atteinte des grandes voies ; elle serait vésiculaire.

Ainsi « l'ictère serait compressif, la cause de l'ictère serait bien la même que celle des poussées infectieuses, mais les grandes voies feraient l'ictère, et les petites voies la fièvre ». L'hypothèse est séduisante. Mais que se passe-t-il pour les calculs haut situés dans le cystique ? S'agit-il d'un spasme à distance, le plexus nerveux étant en continuité avec celui des

grandes voies, c'est possible. S'agit-il d'une sorte de projection du cystique contre l'hépatique ? Il existe des observations de coudures du cystique par brides qui s'accompagnent d'ictère. Cette compression est possible étant donné la proximité de l'hépatique ; l'on connaît d'autre part des ictères compressifs dus uniquement à un gros ganglion de voisinage. Mais ce ne sont là que des hypothèses. Ce qu'il faut retenir c'est le caractère compressif de l'ictère, et l'origine probablement vésiculaire de la fièvre.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement médical ne doit être considéré que comme une préparation au traitement chirurgical. Dans la mesure du possible, en effet, il ne faut opérer ces malades qu'anictériques, pour éviter des insuffisances hépatiques brutales, et apyrétiques, pour éviter d'intervenir sur une vésicule infectée et de déclencher une angiocholite. C'est dans ce but que seront prescrit :

Le repos absolu au lit, qui semble bien le meilleur élément de terminaison des crises. Le lever et la marche étant la cause essentielle de leur reproduction. Le Professeur N. FIESSINGER rapporte le cas d'une malade qui guérit complètement par un repos au lit de un an. Mais un repos d'une telle durée est en général socialement impossible. On y associera :

Un régime. Le Professeur N. FIESSINGER prescrit une alimentation hydro-lactée en période douloureuse et fébrile ; lacto-végétarienne (bouillie, purée, compote, fruits, sans beurre, sans graisse, sans pois-

son) en période ictérique ; sans œufs, ni graisse, ni poissons gras, ni charcuterie, sans choux, oseille, petits pois, ni crème, ni vin en période intermédiaire.

Comme thérapeutique, il donne avant le repas de petites doses de teinture de belladone et de badiane, à la fin des repas une poudre lactosée magnésinée, contenant du sous-nitrate de bismuth. Enfin, il déconseille formellement les cholagogues et les cholécystokinétiques, depuis le sulfate de magnésie, l'huile de Harlem, jusqu'aux sels biliaires. Ils risquent de provoquer la migration du calcul dans le cholédoque, une poussée d'ictère, de fièvre et de douleurs, comme le signale Von BERGMAN après les injections de déhydrocholate de soude au congrès de la lithiase biliaire (Vichy, 1932). C'est pour la même raison que le tubage, les cures hydro-minérales de Vichy et Carlsbad sont déconseillés à ce moment.

C'est donc au **traitement chirurgical** qu'il faut s'adresser. « Quand le calcul du cystique s'accompagne de fièvre et d'ictère, c'est une raison indiscutable de conseiller l'intervention. Attendez, si vous pouvez, une éclaircie fébrile sous la glace. Attendez l'effacement de l'ictère quinze jours, trente jours au besoin, mais n'attendez pas trop longtemps » (1). Les indications sont faites des trois signes formant la base de la maladie.

— les coliques de plus en plus longues, de moins en moins espacées,

1. *Journal des Praticiens*, 12 déc. 1931.

- les ictères de plus en plus précoces et de plus en plus prolongés,
- la température de plus en plus durable, de plus en plus élevée au début (2).

On choisira l'anesthésique le moins hépato-toxique. L'intervention idéale est la cholécystectomie, pratiquée au delà du calcul du cystique. Lorsqu'on ne peut opérer apyrétique et anictérique, on peut en un premier temps faire une cholécystostomie. Certes, elle ne fait pas toujours disparaître l'ictère, mais elle améliore la fièvre, et permet une angiocholégraphie qui localise très précisément le calcul, et dans le cas où le cystique est perméable, renseigne sur l'état des grandes voies. Dans la suite, comme chez tous les hépatiques. Il faut conseiller un régime sans graisses, sans œufs, de petites cures de cholagogues, et c'est à ce moment qu'un séjour à Vichy prendra tout son intérêt.

CONCLUSIONS

Les ictères des calculs du cystique constituent une entité anatomo-clinique. Certes, leur tableau reste fait plus de nuances cliniques que de symptômes indiscutables. Mais, bien que seulement probable, leur diagnostic n'en a pas moins un intérêt certain.

Il permet d'opérer les malades en réservant les chances d'un pronostic bien moins sévère que celui du calcul du cholédoque, affection avec laquelle il est souvent confondu.

Il conseille d'éviter les thérapeutiques cholagogues puissantes qui risquent de transformer un calcul du cystique en un calcul du cholédoque.

Si, malgré tout, le chirurgien doit toujours faire une exploration méthodique des grandes voies, du moins saura-t-il que c'est plutôt dans le cystique qu'il aura chance de trouver le calcul. Renseignement d'autant plus précieux que les calculs du cystique sont souvent très petits, et peuvent passer facilement inaperçus.

Leur tableau clinique comporte :

Des antécédents de coliques hépatiques bien spéciales. Survenues depuis peu, 6 mois à un an, elles deviennent de plus en plus longues, finissant par réaliser des accès de crises subintrantes, durant 10 à

15 jours. En même temps que plus durable, leur symptomatologie se fait de plus en plus riche. La fièvre qui n'existait pas au début, fait son apparition. Puis le subictère. Enfin, aux crises suivantes, un ictère franc. Cette longueur des crises, en même temps que cette progressivité traduiraient la pénétration d'un calcul dans le cystique.

L'ictère est un ictère complet, par obstruction, avec matières décolorées. Il est d'abord éphémère, puis traînant. Mais son apparition n'a aucun rapport avec celle de la fièvre. A l'opposé de ce qui se passe pour le calcul du cholédoque, il y a un asynchronisme complet entre la fièvre et l'ictère.

La fièvre est du reste peu élevée, sans clochers, subcontinue, tombant lentement. Elle peut manquer complètement alors que la culture de la bile révèle des germes virulents.

L'état général est toujours bien moins atteint que dans le calcul du cholédoque.

Dans certains cas, il existe une grosse vésicule permanente ou variable.

La radiologie confirme le diagnostic de lithiase, mais ne permet qu'assez rarement une localisation précise dans le cystique.

Les épreuves fonctionnelles et au premier plan celle de la galactosurie provoquée font la part de l'hépatite.

Les calculs en cause sont : soit les calculs en obus d'ASCHOFF, soit de petits calculs muriformes. La réaction scléreuse du cystique est rapide. La vésicule

est très souvent scléro-inflammatoire. La bile peut être infectée.

La pathogénie n'est pas élucidée. Il semble qu'il s'agisse d'un ictère « compressif », par pression de voisinage sur les grandes voies. La fièvre serait vésiculaire. Ainsi s'expliquerait l'asynchronisme température, ictère.

Ces ictères sont essentiellement chirurgicaux. On ne peut pas compter sur une guérison par le traitement médical. La chirurgie s'impose d'autant plus et d'autant plus vite que deux dangers menacent toujours ces malades : la cholécystite aiguë suppurée, la migration dans le cholédoque.

Vu : le Président de la thèse
FIESSINGER.

Vu et permis d'imprimer:
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris.
CH. MAURAIN.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

D^r P. DAMAS. — La microlithiasse du cystique. Thèse Lyon, 1924.

P^r N. FIESSINGER. — Leçon de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 4 janvier 1941 (inérite).

— La lithiasse du cystique. *Journal des Praticiens*, n° 50, p. 717, 12 décembre 1931.

P^r N. FIESSINGER, A. BERGERET, J. LEVEUF. — Les Hémocholécystes. *Presse médicale*, n° 55, 10 juillet 1937.

P^r N. FIESSINGER. — La lithiasse biliaire du bassinet et du cystique. *Journal des Praticiens*, n° 18, p. 298, 5 mai 1928.

P^r A. VILLARD. — Deux types de lithiasse biliaire. *Lyon médical*, 22 janvier 1928.

Ne touchant qu'indirectement à la question :

A. BLALOCK. — A clinical study of biliary tract disease. *The Jour. of the Med. Ass.*, t. LXXXIII, n° 26, déc. 1924, p. 2057.

CAROLI. — L'hépatite ictérigène de la lithiasse. Thèse Paris, 1931.

M. CHIRAY, I. PAVEL, A. LOMON. — La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, 1 vol. Masson, 1936.

Congrès international de la lithiasse biliaire. Vichy, 1932.

DESPLAS, MOULONGUET, MALGRAS. — L'angiocholégaphie post-opératoire, 1 vol. Paris, 1932.

ENGELSTAD (R. B.). — Bile calcaire. Norsk Magasin for Laeger, Oslo, avril 1935, vol. 104, n° 23, p. 2140.

GATELIER, MOUTIER, PORCHER. — Radiologie des voies biliaires dans *Atlas de Radiologie du tube digestif*.

JACOMET. — Cholécystectomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. Thèse Paris, 1901.

KNUTSON-FOLKE. — Acta radio. scandin., 31 oct. 1933, p. 453.

MOREAU. — Société de gastro-entérologie belge, 3 mai 1930.

PHEMISTER, REWBRIDGE, RUDISILL. — *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 19 déc. 1931, vol. 97, n° 25, p. 1843.

PRIBAM. — *Medizinische Klinik*, 3 avril 1928.

VOLKMANN. — Über Kalkmilchartige Galle. *Munch. Med. Woch.*, t. 72, 26 nov. 1926, p. 2014.

WALTER. — Article sur la lithiase biliaire dans l'*E. M. C.*

— La lithiase calcique. *Annales de Médecine*, t. 42, n° 2, p. 191, juillet 1937.

